

## Medicinskt frågeformulär inför vaccination

Namn: \_\_\_\_\_

Pers. nummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Resmål: \_\_\_\_\_

Avresedatum: \_\_\_\_\_

Har Ni någon pågående infektion? Ja Nej

Använder Ni blodförtunnande medicin? Ja Nej

Har Ni tidigare reagerat på vaccination? Ja Nej

Har Ni nyligen blivit vaccinerad? Ja Nej

Behandlas Ni för någon sjukdom? Ja Nej

Är Ni gravid? Ja Nej

Vilka Vaccinationer önskas?

- Havrix (hepatit A) Ja
- Twinrix (hepatit A+B) Ja
- Ambrix (hepatit A+B för barn) Ja
- Engerix (hepatit B) Ja
- TBE (fästing) Ja
- Boostrix (stelkramp, difteri, kikhosta) Ja
- Ducoral (kolera) Ja